

Kandidatuppsats i offentlig förvaltning [HT 2014]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Matilda Hazard och Maja-Liisa Odelius

Handledare: Pierre Donatella

Examinator: Gustaf Kastberg

Verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvården – att göra förändringsarbete på sjukhus



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården står idag inför en betydande utmaning med krav på ökad kostnadseffektivisering samtidigt som service av god kvalitet ska erbjudas medborgarna. Patientsäkerhet identifieras som ett av de viktigaste kvalitetsområdena inom hälso- och sjukvården, där behov av utvecklingsinsatser lyfts fram. Det finns en samstämmighet inom tidigare forskning om svårigheter med att förändra hälso- och sjukvården.

I denna uppsats presenteras en studie om verksamhetsutvecklars förändringsarbete med patientsäkerhet på sjukhus. Vi undersöker vilken funktion och roll verksamhetsutvecklarna har, samt om de möjliggör förändringsarbete som sträcker sig över verksamheter, enheter samt professioner inom sjukhuset. Grunden för studien är halvstrukturerade intervjuer med verksamhetsutvecklare på Sahlgrenska Universitetssjukhus. Vår teoretiska referensram utgörs av Glouberman och Mintzbergs förklaringsmodell av varför sjukhussystemet är svårt att styra och förändra, samt teori om handlingsnätverk.

Studien visar på att verksamhetsutvecklarfunktionen främst ska vara ett stöd till verksamhetsområdeschefen och att verksamhetsutvecklarrollen innebär att vara kommunikativ, samt ha en förmåga att fokusera på många skilda uppgifter samtidigt. Vissa betydelsefulla aspekter av förändringsarbetet har en informell karaktär, men ges inte tydligt utrymme i verksamhetsutvecklarfunktionen. Verksamhetsutvecklarna möjliggör gränsöverbryggande förändringsarbete, trots att kvalitetsorganisationen och dess horisontella styrning är svag.

Hälso- och sjukvård, förändringsarbete, verksamhetsutvecklare, kvalitetsorganisation, roll, funktion

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Att förändra hälso- och sjukvården	4
1.2 Problemformulering, syfte och frågeställning	7
2. Teoretisk referensram	8
2.1 Sjukhuset: ett system uppdelat i fyra världar	8
2.2 Handlingsnätverk: gränsobjekt och gränsprocedurer	10
2.3 Sammanfattning av teoretisk referensram	12
3. Metod	13
3.1 Val av metod	13
3.2 Val av fall och respondenter	13
3.3 Intervjuguidens utformning	14
3.4 Inledande datainsamling	14
3.5 Genomförandet av intervjuerna och kategorisering	14
4. Empiri	16
4.1 Sahlgrenska sjukhusets organisation och patientsäkerhetsarbete	16
4.2 Verksamhetsutvecklarna inom sjukhuset	17
5. Analys	30
5.1 Verksamhetsutvecklarna i förhållande till sjukhusets fyra världar	30
5.2 Verksamhetsutvecklarna och handlingsnätverk	31
5.3 Diskussion	33
6. Slutsats	36
Referenser	38
Bilaga 1 Intervjuguide	

1. Inledning

Patientsäkerhet betraktas allmänt som det viktigaste kvalitetsområdet i hälso- och sjukvården. Bristande patientsäkerhet orsakar vårdskador, vilket medför både mänskligt lidande och betydande kostnader för samhället (Socialstyrelsen 2014-4-7)

Offentliga organisationer möter idag allt hårdare krav på sig att erbjuda service av god kvalitet till medborgarna. Dessa verksamheter behöver på ett tydligt sätt visa att de arbetar med mål kopplat till kvalitet för att skapa legitimitet. Detta kan ske bland annat genom att man inrättar kvalitetssystem och arbetar med verksamhetsutveckling (Lindgren 2008:17, 2013: 127-129). Denna studie handlar om verksamhetsutvecklare på sjukhus vars uppdrag är att utveckla hälso- och sjukvården utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. En betydande del av sjukvårdens resurser går till att behandla skador som uppkommit i vården, och med sjukvårdens begränsade medel finns det en alternativ användning där dessa kan göra större nytta (Sveriges kommuner och Landsting, 2014). Trots att det länge funnits en lagstadgad skyldighet för vårdgivare att bedriva kontinuerligt kvalitetsarbete, samt att hälso- och sjukvårdens verksamhet ska nå upp till kravet på god vård, har ett systematiskt arbete med att utveckla patientsäkerheten saknats (Prop. 2009/10:210:73). Patientsäkerhetslagen som trädde i kraft år 2011 har alltså som syfte att ställa tydligare krav på hälso- och sjukvården att analysera risker och arbeta mer proaktivt utifrån patientsäkerhet. Exakt hur man ska arbeta för att förbättra verksamheten preciseras dock inte, eller vilka som ska göra detta inom organisationen (SOU 2008:117:21).

Hälso- och sjukvården står härmed inför en betydande utmaning, med krav utifrån på ökad kostnadseffektivitet samt större fokus på patientupplevd kvalitet. Denna utmaning innebär sammantaget ett stort behov av utvecklingsinsatser, där enbart tillförsel av ytterligare medel inte kommer att räcka till. Istället pekas på nödvändigheten att använda befintliga resurser mer effektivt. Effektiviseringen handlar inte enbart om medicinsk utveckling, utan även om en verksamhetsutveckling inom styrning, organisation, kvalitetsarbete samt innovationsförmåga i hälso- och sjukvården (Andersson, 2013:121). Verksamhetsutveckling kan beskrivas som ett problematiskt område utifrån resultat och effektivitetsaspekter, och "... det är svårt att tänka sig ett område med större förbättringspotential..." (Ljungberg & Larsson 2012:313).

1.1 Att förändra hälso- och sjukvården

Tidigare forskning visar att det är problematiskt att genomföra genomgripande förändringar i hälso- och sjukvården (Bååthe & Norbäck 2013, Ferlie & McNulty 2004, Kastberg 2012, Kastberg & Siverbo 2013), men det framkommer även att det inte är ett omöjligt uppdrag. Möjliga lösningar på svårigheten med förändringsarbete är att skapa lösa kopplingar mellan aktörer över funktionsgränser, arenor för reflektion och relationsbyggande samt att styrningen måste uppdateras så att den horisontella styrningen får ett tydligare mandat.

New Public Management (NPM) är ett paraplybegrepp för de marknadslika styrprinciper som började influera offentliga organisationer under 1980-talet i västvärlden. NPM kommer till uttryck bland annat genom en tydligare betoning av organisationers resultat snarare än procedurer, formandet av mindre enheter med eget budgetansvar, inspiration av näringslivets redovisnings- samt styrmodeller, skapande av kvasimarknader samt konkurrens inom offentlig sektor (Hood, 1991). Ferlie och McNulty (2004) menar att NPM-reformerna av hälso- och sjukvården stärkte den befintliga funktionsindelningen på sjukhusen samt den vertikala styrningen. De betonar även professionens nyckelposition i organiseringen av vårdarbetet. Förändringar som kan väntas ske kan antas vara inkrementella och anpassade efter rådande funktionsorganisation. De berör externa och interna "förändringsagenter", men beskriver inte djupare deras roll och funktion mer än att peka på att de har svårt att förankra sina idéer i organisationen. Det genomgripande förändringsarbete en åsyftad effektivisering innebär är svårt att genomföra inom hälso- och sjukvården, enligt Ferlie och McNulty.

Processorientering och att organisera på tvären inom hälso- och sjukvården ger uttryck för det fenomen som går under benämningen post-New Public Management. Detta eftersom att förfarandet tonar ned de separata enheternas ansvar (vilket NPM betonar) till förmån för gemensam problemlösning och hantering av patientflöden genom organisationen (Kastberg & Siverbo, 2013:248). Något som belysts inom forskning på ämnet horisontell organisering är att det finns ett behov av att utveckla styrsystem som stödjer processer, och att styrmetoder som är utformade för funktionsindelade organisationer inte passar dessa (Chenhall, 2008:545). Kastberg och Siverbo (2013) identifierar i en fallstudie av två svenska sjukhus att då styrsystem utvecklats för att stödja horisontellt organiserad problemlösning används dessa på olika sätt av olika aktörer, samt berörde främst personer kopplade till processen. I matrisorganisationer, som är en kombination av funktions- samt processorienterad organisation vilken blivit vanlig inom hälso- och sjukvården, får ofta de horisontellt

utvecklade styrsystemen stå tillbaka för den vertikala styrningen. Detta eftersom att de som inte deltar i processarbetet främst känner ansvar för den avdelning man tillhör inom linjeorganisationen, och därmed är mer intresserade av olika mått kopplade till vertikal styrning som exempelvis budget och olika finansiella mått. Av denna anledning får processens mål ge vika för avdelningarnas mål vid eventuell konflikt. I de studerade fallen justerades heller inte den vertikala styrningen för att fungera ihop med den horisontella, och den horisontella styrningen innefattade sällan några finansiella mått. Därav följde flera problem med uppföljning, mätning och levererande av relevant information till dessa aktiviteter (Kastberg & Siverbo, 2013: 256, 261-262). Hälso- och sjukvården får alltså både en vertikal styrning och en horisontell styrning med olika uppgifter. Den första innebär ekonomi, uppföljning och ansvarsutkrävande medan de senare innebär diskussion mellan olika aktörer i processen.

1.1.2 Förändring och professioner

Kastberg (2012) beskriver hur processorienterat team-arbete i ökad utsträckning används på sjukhus för att lösa vissa problem och förbättra den bristande kommunikation mellan aktörer som funktionsgränser ger upphov till. Med strategiska tvärfunktionella team åsyftas en grupp med strategiska uppgifter, vilka består av personer från olika delar av organisationen och med skilda funktioner samt arbetsuppgifter. Till skillnad från det operativa teamet arbetar det strategiska tvärfunktionella teamet med själva skapandet av lösningar på identifierade problem. Kastberg belyser att införandet av strategiska tvärfunktionella team kan vara ett sätt att möjliggöra lärande och reflekterande i organisationer. Dock kan själva teamets gränsdragning från resterande verksamhet även utgöra ett problem då väl planer och idéer utarbetats: återkoppling och förverkligandet av lösningarna riskerar att försvåras. Själva överbryggandet mellan team och praktik är därmed svår att få till stånd. Anledningar som identifieras till denna problematik är bland annat att skilda yrkesgrupper i teamen engagerar sig i varierande grad, samt att de använder olika återkopplingsalternativ. Kastberg (2012) menar att läkarna tenderar att engagera sig i det strategiska teamarbetet i mindre utsträckning än andra professioner, och just läkarnas engagemang i förbättringsarbete är något Bååthe och Norbäck (2013) lyfter fram. Då läkarna har en central position i hälso- och sjukvården kan de förhindra eller möjliggöra organisationsförändringar. Därför bör ledningen se läkarna både som anställda men också som en grupp med stark professionell identitet. Bååthe och Norbäck pekar på hur viktig relationen mellan läkare och ledning är för att reformer ska kunna

implementeras framgångsrikt. För detta krävs en arena för kontinuerlig interaktion och uppbyggande av personliga relationer samt tillit, och inte "...an ad hoc team for every emerging issue..." (Bååthe & Norbäck, 2013:492).

Liisa Kurunmäki (2004:327) menar att olika professioner inte enbart slår vakt om sina domäner och arbetsuppgifter, utan de kan även hybridiseras genom att tillägna sig färdigheter från områden de vanligtvis ej behärskar. Hennes studie utgår från sjukhus i Finland, och visar att New Public Management-inspirerade reformer av hälso- och sjukvården under 1990-talet ledde till att den medicinska domänen inkorporerade mer administrativa element i sina dagliga arbetsuppgifter, som kalkylering och budgetering. Detta sammantaget ledde till krav på nya färdigheter hos läkare och vårdpersonal på sjukhusen, och även utökat ansvar (ibid, 2004:330). Kurunmäki betonar att professionen från de medicinska samt vårdande domänerna inte känt sig lika hotade eller utmanade av den administrativa sfären under NPM-reformernas frammarsch i Finland som i exempelvis Storbritannien och USA. Detta kan ha flera olika orsaker, men troligtvis spelar det roll att i de anglo-amerikanska länderna är den offentliga sektorn mindre, fokus på marknadsekonomi är starkare och yrken kopplade till redovisning, kalkylering och budgetering har en starkare professionell status (ibid, 2004:342).

Hur formar man ett handlingsnät mellan olika aktörer och organiserar mellan organisationer? Om detta resonerar Lindberg och Czarniawska (2006) gällande vårdkedjor där flera aktörer, enheter och organisationer ingår. Tanken med att konstruera en horisontell process är ofta att möjliggöra informationsflöden samt förbättra kvalitén på vården. De belyser det ömsesidiga beroendet och förståelsen mellan de inblandade aktörerna som en förutsättning för att tillsammans skapa "god vård". Det är själva kopplingarna mellan aktörer som kan skapa organisering mellan organisationer påpekar Lindberg och Czarniawska, och i studien identifieras att då dessa är lösa men bestående kan dessa paradoxalt nog leda till ett gott samarbete. Med lösa kopplingar menas att de inte utmanar etablerade strukturer och handlingsmönster hos olika yrkesdomäner.

1.2 Problemformulering, syfte och frågeställning

Offentliga verksamheter påverkas av styrningstrender, å ena sidan finns det tydligt avgränsade organisatoriska enheter med egna mål och eget budgetansvar och å andra sidan finns det en stark betoning på att samarbete behöver ske mellan organisationer, enheter och professioner för att optimal service ska kunna ges till patienterna (Lindberg & Czarniawska, 2006). Hälso- och sjukvården är inget undantag. Sedan Patientsäkerhetslagen (2010:659) införts ställs det numera tydligare krav på att hälso- och sjukvårdens verksamheter ska ha ett förebyggande och strategiskt kvalitetsarbete kopplat till patientsäkerhet. När ett kvalitetssystem införs i en organisation ska det framgå vilka som har ansvar för kvalitetsfrågorna och hur man ska arbeta för att visa på en ordning och tydlighet i organisationen (Holmblad Brunsson, 2005:149-150). Med krav på kvalitetsarbete, det nya lagkravet och begränsade resurser kan det antas att de kvalitetsansvariga har en viktig roll i det fortsatta förbättringsarbetet (Andersson, 2013) med patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

Verksamhetsutvecklare på sjukhus kan ses som ett exempel på detta: en funktion som tillkommit för att garantera kvalitet, i form av patientsäkerhet. Verksamhetsutvecklarna kan definieras som en strategiskt avskild yrkesgrupp vilken ska bidra till förbättring av verksamheten i sin helhet och inte enbart enskilda funktioner inom sjukhuset.

Studiens syfte är att beskriva och förklara verksamhetsutvecklarens roll och funktion, med fokus på kopplingar över gränser, i förändringsarbete med patientsäkerhet på sjukhus. Begreppet gränser åsyftar de olika logiker hos skilda domäner inom sjukhuset, vilka försvårar målinriktade förändringar och samarbete (Glouberman & Mintzberg, 2001). I vår studie innefattar även gränser funktionsindelningen inom sjukhuset, där olika specialiseringar och arbetsuppgifter skapar slags egna världar. Med kopplingar över gränser menas att olika aktörer inom organisatoriska enheter och yrkesgrupper knyts till varandra genom olika översättande handlingar, vilket möjliggör att ett visst mål kan uppnås (Lindberg & Czarniawska, 2006). Som studieobjekt har verksamhetsutvecklare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg valts. Detta eftersom att de arbetar i en stödfunktion för just kvalitetsutveckling och patientsäkerhet vilken initierades år 2010.

Frågeställning:

- Vilken roll och funktion har verksamhetsutvecklare inom sjukhussystemet?
- Möjliggör verksamhetsutvecklare gränsöverbryggande genomgripande förändringsarbete på sjukhus?

2. Teoretisk referensram

2.1 Sjukhuset: ett system uppdelat i fyra världar

Glouberman och Mintzberg (2001) resonerar kring varför hälso- och sjukvården är svår att styra (Bååthe & Norbäck 2013, Ferlie & McNulty 2004, Kastberg 2012, Kastberg & Siverbo 2013), samt hur det kommer sig att huvuddelen av de reformer som initierats för sjukhus inte lyckats implementeras på djupet. Utmaningen att förändra och effektivisera sjukvården härrör från att detta är ett mycket komplext system som innefattar fyra olika världar. Så länge världarna är separerade kommer inget fundamentalt att ändras, menar Glouberman och Mintzberg. Världarna utgörs av följande domäner:

- *Bota*: Den medicinska domänen. Lärkarna utgör nyckelprofessionen.
- *Omvårdnad och omsorg*: Här är sjuksköterskorna den centrala yrkesgruppen.
- *Kontroll*: Ledning samt styrning. Detta är administratörers och chefers domän, samt övrig personal som inte är involverade i den operativa verksamheten men bär ett ansvar för institutionen som helhet (till skillnad från ansvar gentemot den enskilde patienten).
- *Representation*: Representanter för samhället (ägare, myndigheter, politiska partier) – det allmänna. (Glouberman & Mintzberg, 2001).

De menar vidare att agerande och styrning pekar i fyra olika riktningar på sjukhuset:

- *Vertikalt ner* i organisationen: agerande och styrning direkt in i den kliniska verksamheten med fokus på behandlingen av patienten.
- *Vertikalt upp* i organisationen: agerande i riktning mot dem som kontrollerar och/eller finansierar sjukvården, exempelvis statliga myndigheter.
- *In* i organisationen: agerande och styrning i riktning mot enheter och personer som befinner sig inom institutionens kontrollfält.
- *Ut* från organisationen: agerandet riktar sig till aktörer och organisationer utanför institutionen vilka är involverade i denna på något sätt, men inte berörs av dess formella auktoritet (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Domänen *bota* med läkarna i spetsen agerar främst vertikalt *ner* i den operativa verksamheten, och *ut* eftersom att läkarna primärt inte rapporterar in till sjukhusets formella hierarki, utan

förhåller sig primärt till en egen hierarki baserad på medicinsk profilering och professionell status. Därtill har de ofta informella kontakter med personer utanför sjukhuset. Domänen *omvårdnad/omsorg*, vilken främst utgörs av sjuksköterskor, agerar i förhållande till sin egen yrkesgrupp och dess hierarki baserat på specialisering, men även gentemot administrationen och annan omsorgspersonal. Alltså verkar de *ner* i den kliniska verksamheten med patientservice, men även *in* i organisationen under tydlig kontroll av institutionen. De koordinerar i hög utsträckning arbetsflöden på sjukhuset. *Kontroll* (administrationen) verkar *in* i organisationen eftersom att administrationen är ansvariga för institutionen som helhet, och även *upp* i och med att de förhåller sig till aktörer utanför sjukhusets gränser. Formellt kan de befinna sig över läkarna i sjukhusets hierarki, men detta accepterar sällan läkarna till fullo eftersom att auktoritet för dem är kopplat till medicinsk kunskap och yrkesutövning. Administratörer kan dock styra förutsättningarna för det kliniska arbetet genom kontroll över resurser. Representanter för samhället (*representation*) agerar *upp* och *ut* i förhållande till organisationen, då de inte befinner sig i den operativa verksamheten eller berörs av dess formella hierarki.

Detta sammantaget gör att sjukhusystemet delar upp sig längs en *horisontell* linje, vilken separerar dem som arbetar kliniskt (*ner*) från dem som inte gör det utan arbetar i riktningarna *upp* och *ut*. Den *vertikala* linjen delar upp systemet i dem som är nära kopplade till institutionens formella auktoritet, exempelvis administratörer och sjuksköterskor, från dem som befinner sig i organisationen men inte ser sitt primära åtagande kopplat till denna. Läkarna upplever främst att de är ansvariga inför patienten, och huvudsakligen inte institutionen, och samhällets representanter inlemmas inte i organisationens formella hierarki men har intresse av att verksamheten sköts väl (Glouberman & Mintzberg, 2001).

De olika världarna är mer eller mindre benägna att forma maktkoalitioner med varandra. Sjuksköterskor samarbetar ofta med läkare för att slå vakt om det kliniska arbetet gentemot administratörer, men interagerar ibland med administratörer för att få ett slags övertag över läkarna. Läkarna å sin sida distanserar sig mest från administratörer, men skapar ofta förtroendeband med sjuksköterskor för att säkra det kliniska arbetet. Vanligt är även att de utvecklar statusrelationer med medlemmar av *representation*-domänen vilket kan ge dem ett maktövertag över administrationen. Dessa i sin tur formar koalitioner med läkare eller administratörer, beroende på om de anser att det behöver satsas mer pengar i verksamheten eller om det är läge för besparingar (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Glouberman och Mintzberg diskuterar även hur de fyra världarna ska kunna integreras, och de har inga enkla svar på detta. De pekar dock på vikten av att skapa en gemensam stark kollektiv kultur (som omsluter domänerna) och goda kommunikationskanaler mellan nyckelaktörer, för att möjliggöra samarbete samt överbrygga klyftor. Om detta inte sker kommer sjukhussystemet fortsätta vara mycket svårt att styra. Själva arbetsdelningen mellan världarna är nödvändig men särkopplingen dem emellan är, enligt Glouberman och Mintzberg, destruktiv. Att enbart skapa "A new box on the organigram" som ska ansvara för en viss fråga och/eller styra professionen fränkopplad från det faktiska arbetet menar de dock är en svag lösning (ibid, 2001).

2.2 Handlingsnätverk: gränsobjekt och gränsprocedurer

Lindberg och Czarniawska (2006) använder begreppet *handlingsnätverk* (action network) då de belyser kopplingar mellan aktörer. Förvisso använder de termen för att beskriva organisering mellan organisationer, men det inbegriper även samarbete mellan enheter och olika yrkesgrupper. Det kan tänkas vara användbart för att studera verksamhetsutveckling, då det ska påverka hela sjukhuset med alla dess avdelningar och professioner. Handlingsnätverk som begrepp används bland annat inom nyinstitutionell teori, och skiljer sig från det som generellt menas med nätverksteori. Nätverksteori fokuserar främst på aktörerna (organisationer eller människor) och utgår från att aktörerna först är på plats, sedan bildas själva nätverket. Med ett perspektiv utifrån handlingsnätverk studeras först handlingar, sedan aktörer och sist möjligtvis men inte nödvändigtvis det konkreta nätverket. Aktörer får en identitet genom sina handlingar inom nätverket och inte tvärt om (Czarniawska, 2004:294). Aktörer kan även bytas ut till skillnad från ett konventionellt nätverksperspektiv, som ser handlingar men inte aktörer som utbytbara för nätverkets fortlevnad. Om en aktör inte längre ämnar delta i ett handlingsnätverk påverkas det inte av detta i en större utsträckning. Om exempelvis en sjuksköterska inte längre medverkar i nätverket kan hen ersättas av en annan sjuksköterska, eftersom det är omvårdnaden av patienten som är i centrum.

Handlingsnätverk skiljer sig från organisatoriska fält, då det i den förstnämnda finns konkreta kopplingar mellan aktörer och handlingar. De som är inblandade behöver inte komma från samma organisatoriska fält (Czarniawska, 1997, Lindberg & Czarniawska, 2006).

Det som i utgångsläget genererar kopplingar mellan aktörerna kallas *gränsobjekt*. Det finns ett *huvudsakligt gränsobjekt* som aktörer samlas runt för att samarbeta, exempelvis patienten. Gränsobjektet existerar samtidigt i flera sociala världar (Star & Griesemer, 1989:409), samt skapar en kollektiv bas för handling och avgränsar vad man ska fokusera på (god vård, patientsäkerhet etc.). Handlingsnätverket stabiliseras även av olika *gränsprocedurer* (Lindberg, 2002). Gränsprocedurer kan utgöras av observation av varandras arbeten, gemensamma möten, story telling (exempelvis berättelser från det dagliga arbetet) med mera. De funktioner dessa procedurer och gränsobjekt kan fylla är bland annat skapandet av gemensamma strategier, samt att identifiera likheter och skillnader mellan olika aktörer. Detta kan ha som syfte att uppnå förståelse för varandras arbetssituationer, dela erfarenheter och tolkningar av det man vill uppnå. Ytterligare gränsobjekt tillkommer eftersom att huvudgränsobjektet inte alltid finns på plats då de olika aktörerna träffas gemensamt (exempelvis på möten). Sådana gränsobjekt kan utgöras av rapporter och andra artefakter som kopplas till det huvudsakliga gränsobjektet. Fokus pendlar mellan det huvudsakliga gränsobjektet, tillkommande gränsobjekt och gränsprocedurer i koordinationen av arbetet (Carlile, 2002, Lindberg & Czarniawska, 2006, Czarniawska, 2008).

De kopplingar som kan uppnås mellan aktörer genom gränsobjekten och gränsprocedurerna kan beskrivas som kognitiva, emotionella och mimetiska. Med *kognitiva* kopplingar menas utbyte av olika slags information som skapar förståelse för hur man arbetar och hur man ska arbeta för att uppnå det mål som satts. *Emotionella* kopplingar skapas genom direkt kontakt och interaktion mellan aktörer, vilken kan stärka lojaliteten gentemot varandra och det huvudsakliga gränsobjektet samt överbrygga initiala motstånd till att samarbeta. Med *mimetiska* kopplingar menas att man lär sig av och upplever varandras sätt att arbeta samt uttrycka sig. Dessa kopplingar behöver nödvändigtvis inte leda till isomorfism eller att kopplingarna blir starkare. Det kan dock skapa strukturering mellan aktörer genom flera lösa kopplingar. Dessa kan i sin tur vara stabilare än fasta kopplingar och lättare att uppnå, då de inte utmanar etablerade strukturer (Lindberg & Czarniawska, 2006).

2.3 Sammanfattning av teoretisk referensram

Glouberman och Mintzbergs teori kommer användas för att ringa var verksamhetsutvecklarna befinner sig i förhållande till sjukhusets olika världar och styrlogiker, samt de gränser världar och logiker skapar. Teorin befäster även att de fyra världarna behöver sammanjämkas för att sjukhussystemet ska kunna reformeras och effektiviseras, men besvarar dock inte *hur* detta kan ske. Teori om handlingsnätverk kommer hjälpa oss att fånga in hur gränserna inom sjukhus kan överbryggas, då kopplingar mellan aktörer och organisatoriska enheter skapas genom handling, alltså att *göra* gränsöverskridande förändringsarbeten. Gränser som måste överbryggas existerar emellan domäner, verksamheter och enheter.

3. Metod

3.1 Val av metod

Fallstudiedesign valdes för genomförandet av studien, eftersom att vi ville beskriva ett fenomen på djupet samt skapa en helhetsförståelse för detta (Halvorsen, 1992). Vi använde oss av kvalitativ forskningsmetod som strategi och empirin insamlades huvudsakligen genom samtalsintervjuer. Förfarandet motiveras av att vi ville identifiera verksamhetsutvecklarnas roll samt funktion inom sjukhusystemet, och förståelse av fenomen söktes genom aktörers egna perspektiv och hur de upplevde sitt arbete på sjukhuset. Den relevanta verkligheten är, utifrån denna infallsvinkel, vad människor uppfattar att den är (Kvale, 1997:54). Därför var det av intresse att använda samtalsintervjun för att få tillgång till verksamhetsutvecklarnas livs- samt tankevärldar, och på så sätt undersöka vår frågeställning genom det respondenterna gav uttryck för (Bryman m.fl., 1988:16). Den kvalitativa samtalsintervjuns fördelar är även att man kan fånga in respondenternas kunskaper, erfarenheter samt idéer (Alvesson, 2011:9).

3.2 Val av fall och respondenter

Vårt studieobjekt var Sahlgrenska Universitetssjukhuset, och våra respondenter utgjordes av sju verksamhetsutvecklare tillhörande den stödfunktion för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet som infördes år 2010 (Sahlgrenska, 2011). Valet av studieobjekt motiveras av att det är en stor och komplex organisation med uttalade ambitioner om ständigt utvecklingsarbete och hög patientsäkerhet. Den kvalitetsorganisation i vilken verksamhetsutvecklarna befinner sig i, och som ska arbeta särskilt med att utveckla verksamheten utifrån kvalitetsmål, är separerad från det operativa medicinska arbetet (Sahlgrenska, 2013:2). Våra respondenter sökte vi upp genom att först kontakta en verksamhetsutvecklare inom ett av Sahlgrenska Universitetssjukhusets områden, och då hen var villig att ställa upp på en intervju möjliggjordes kontakt med andra verksamhetsutvecklare. Vi mejlade även utvecklingschefen inom ett annat område som hjälpte oss att boka in intervjuer med tre verksamhetsutvecklare. Detta eftersom att vi givet vår studies tidsram och behovet av teoretisk mättnad ansåg att åtminstone sju intervjuer var lämpligt. Vi eftersträvade inte i den här studien att beskriva de exakta procedurerna verksamhetsutvecklarna arbetar med inom samtliga av sjukhusets områden eller verksamheter, eller hur de skiljer sig åt. Det vi snarare ville finna var de gemensamma mönstren för verksamhetsutvecklarnas arbete.

3.3 Intervjuguidens utformning

Vi konstruerade en intervjuguide utifrån fem olika teman som vi kopplade till gränsöverbryggande: yrkesidentitet, samarbete, kommunikation, påverkan och mandat. Dessa teman härrörde från vår teoretiska referensram. Vi brainstormade utifrån vår teoretiska förförståelse samt forskningsfråga och skrev fritt ned ett antal associationer. Associationerna ordnades sedan i grupper som därefter kunde koncentreras till teman, vilka hjälpte oss att konstruera de frågor vi ansåg relevanta i förhållande till studiens syfte. Intervjuguiden kan ses som halvstrukturerad då vi utöver våra fasta teman samt frågor ville vara öppna för att ytterligare frågor och teman kunde visa sig vara relevanta (Kvale, 1997:121, Alvesson, 2011:16). Detta eftersom att vi i intervjuerna ville kunna anpassa oss till vad respondenterna tyckte var särskilt viktigt att lyfta fram, givet att samtalet höll sig inom studiens ramar (Alvesson, 2011:9).

3.4 Inledande datainsamling

Innan intervjuerna med verksamhetsutvecklarna tog vid samlades data in om Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisation samt patientsäkerhetsarbete. Informationen är hämtad från sjukhusets webbplats och patientsäkerhetsberättelsen 2013 samt detaljbudget upprättade av Sahlgrenska universitetssjukhus.

3.5 Genomförandet av intervjuerna och kategorisering

Då intervjusituationen är mellanmänsklig kan det finnas risk för så kallade intervjuareffekter (Esaïasson m.fl. 2012:235, Kvale, 1997:117). Det som kan vara värt att problematisera i vår studie är att vi var två personer som intervjuade en respondent i taget, ansikte mot ansikte. Därmed kunde en maktasymmetri uppstå, som påverkade de svar respondenten gav. Dock fanns det även fördelar med att vara två intervjuare då en kunde koncentrera sig till fullo på samtalet med den intervjuade, medan den andre höll uppsikt över tiden och såg till att alla intervjuteman täcktes. Det kunde även vara en tillgång att båda närvarade under intervjusituationen på så sätt att uppfattningar om denna kunde delas i efterhand. Om uppfattningarna skiljer sig åt kan dessa genom dialog sammanföras till intersubjektiv enighet, vilket Kvale (1997:189) påpekar kan motverka slumpartad samt ensidig subjektivitet och i slutändan ge rikare analys. Samtalen spelades in med hjälp av en diktafon och de intervjuade informerades kort om studiens syfte samt att de garanterades anonymitet. Varje intervju pågick i mellan 30 till 50 minuter.

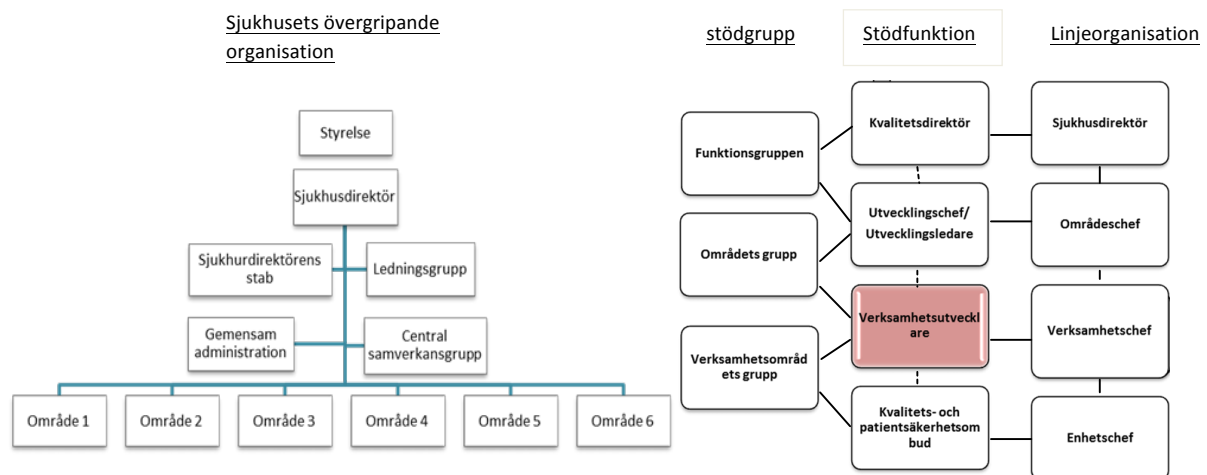
Då intervjuerna väl genomförts transkriberade den som lett intervjun det inspelade materialet, vilket innebar att vi turades om med denna uppgift. Vi läste igenom materialet i sin helhet var

och en för sig och kategoriserade det utifrån de mönster vi kunde skönja i svaren. Sedan diskuterade vi våra kategoriseringar gemensamt och eftersom vi hade liknande kategoriseringar kunde vi genomföra vår analys utifrån vår teoretiska referensram. De åtta teman vi kunde finna i vårt empiriska material är följande: *verksamhetsutvecklarfunktionen, verksamhetsutvecklarrollen, verksamhetsutvecklarfunktionen och rollen, att göra förändringsarbete, avskildhet och avgränsning, definition av patientsäkerhet, styrning och att skapa legitimitet.*

4. Empiri

4.1 Sahlgrenska sjukhusets organisation och patientsäkerhetsarbete

Sahlgrenska Universitetssjukhus tillhör Västra Götalandsregionen och bedriver verksamhet på flera ställen i Göteborg – Sahlgrenska sjukhus, Mölndals sjukhus, Östra sjukhuset, Högsbo sjukhus och på ett flertal mottagningar för öppenvård. Sammanlagt arbetar cirka 16 700 personer i verksamheten. Sahlgrenska är ett länssjukhus för personer i Göteborgsområdet, där det även bedrivs specialistvård för patienter från hela Sverige. Det finns 140 avdelningar med ungefär 2000 vårdplatser. Verksamhetens vision är ”Sahlgrenska Universitetssjukhuset – sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet” (Internet 2).



Ritat utifrån internet 3 och Sahlgrenska 2014

Organisationen är uppdelad i sex områden där områdescheferna leder under sjukhusdirektören och ingår i ledningsgruppen. Över sjukhusdirektören finns en styrelse. Varje område är i sin tur uppdelade i mellan 6 till 10 verksamhetsområden, som bedriver olika typer av verksamheter, exempelvis ögonsjukvård, gynekologi och reproduktionsmedicin, rättspsykiatri, beroendeklinik, geriatrik och kirurgi (Internet 3).

Sahlgrenska har en stödfunktion för just kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete, vilken initierades år 2010 (Sahlgrenska, 2011). Kvalitetsorganisationen leds av en kvalitetsdirektör och varje område har en utvecklingschef, vilka träffas i funktionsgruppen. Varje område har flera verksamhetsutvecklare, en i varje verksamhetsområde. Områdets utvecklingschef och områdets alla verksamhetsutvecklare träffas i områdesgruppen. Verksamhetsområden består

av flera enheter där varje enhet har ett patientsäkerhets- och kvalitetsombud som arbetar med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor (Sahlgrenska, 2014).

Enligt Patientsäkerhetsberättelsen för år 2013 sammankallar utvecklingscheferna verksamhetsutvecklarna från de olika områdena för att fatta beslut som berör patientsäkerhet, planera enkäter, diskutera verksamhetsutvecklarnas förslag etc. Utvecklingscheferna har sedan i uppgift ta fram handlingsplaner utifrån besluten, och utarbetar även mått för uppföljning. Verksamhetsutvecklarna träffar även regelbundet kvalitets- och patientsäkerhetsombud, som arbetar i den operativa verksamheten, i verksamhetsområdets grupp. Detta för att förankra de beslut som tagits i områdets grupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, men även för att vidarebefordra ombudens synpunkter samt idéer till utvecklingscheferna och utvecklingsledarna (Sahlgrenska, 2014).

I Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhetsplan och detaljbudget för år 2014 står det angående patientsäkerhet under rubriken ”Vårt uppdrag” att ”Vi skapar en hälso- och sjukvård av högsta klass genom att vi utvecklar vården med fokus på hög kvalitet och patientsäkerhet”. Vidare kan man läsa att i avsnittet ”våra värderingar” att sjukhuset fokuserar på ”Patient- och kundorientering” samt ”Ständiga förbättringar” (Sahlgrenska, 2013:2). Ett antal mål för patientsäkerhet har formulerats och flertalet av dessa har genomförts, men en del har man inte lyckats uppnå ännu (Sahlgrenska, 2014).

4.2 Verksamhetsutvecklarna inom sjukhuset

4.2.1 Verksamhetsutvecklarfunktionen

Alla verksamhetsutvecklare betonar tydligt att grunden i deras funktion är att vara ett stöd i patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor för verksamhetschefen i linjeorganisationen:

”Det blir liksom en slags funktion eller kompetens alltså höger eller vänster hand av verksamhetschefen” (Respondent 3).

Gemensamt för samtliga verksamhetsutvecklare då de talar om sin funktion är att de framlyfter att de ska driva olika projekt kopplat till patientsäkerhet, det vill säga att vara projektledare, samt att ”sälja förbättringsarbeten” som en uttrycker det (respondent 1). Med detta menas att de ska initiera och motivera förändringsarbete som överordnade har fattat beslut om.

Då verksamhetsutvecklarna talar om projekt menar de förändringsarbeten som sträcker sig över flera verksamheter samt enheter. Att vara projektledare innebär då att man ska sammankoppla sig med andra verksamhetsutvecklare, och tillsammans driva projekten:

”Man måste ju hitta ett sätt, ett rör, en mottagare, och då har denna funktion varit ganska viktig för att kommunicera. Vi har drivit ett jätteprojekt som precis har blivit färdigt, och då har det ju varit jag som varit projektledare, och sedan har min funktion på verksamhet X / ... / varit mottagare på andra delen, och då är det lättare just det att hitta kommunikationsvägarna. / ... / då hjälper de här funktionerna att man kan komma in och få mandat i de världarna så att man kan göra ett förändringsarbete.” (respondent 2).

”Alltså det är mycket att samordna och hålla ihop olika typer av projekt.” (respondent 6).

Det poängteras att denna sammankoppling måste till för att det ska bli *”något stort och något bra”* (respondent 2), annars kommer utvecklingsarbetet enbart att resultera i en arbetsförändring. Gemensamt för verksamhetsutvecklarna är även att de påpekar att i deras uppdrag ingår det att vara uppdaterad, både gällande patientsäkerhet och olika metoder för förändringsarbete. De lyssnar in vad som händer inom sjukhuset, Västra Götalandsregionen, Sverige och internationellt. Verksamhetsutvecklarna ägnar sig åt benchmarking med hjälp av olika kvalitetsregister och öppna jämförelser, går på studiebesök hos andra verksamhetsutvecklare, åker på kongresser, och går på utbildningar samt föreläsningar:

”Det är process... och produktionsplanering och det är lean och det är mycket verktyg och metoder.” (respondent 7).

”Jag måste fylla på verktygslådan för jag möter nya problem hela tiden, jag måste ha ny kunskap.” (respondent 5).

Det återkommer i intervjuerna att verksamhetsutvecklarna har ett helhetsperspektiv på respektive verksamheter och sjukhusorganisationen i sin helhet. De påpekar att de behöver förhålla sig distanserad till verksamheten, vilket möjliggör att de kan analysera, reflektera och eventuellt ifrågasätta verksamheten:

”Att vara en person som... eller en funktion egentligen, som står lite utanför verksamheten.” (respondent 6).

”Men det jag tycker är viktigt är att kunna hinna titta på den data vi samlar in. / ... / Jag tycker att analysen är väldigt viktig...”
(respondent 7).

4.2.2 Verksamhetsutvecklarrollen

I rollen som pådrivare för utvecklingsarbete lyfts fram vikten av att ha en kommunikativ och social förmåga. En verksamhetsutvecklare beskriver det som att hen har ett stort antal ”tentakler”. Dessa sträcker sig ut till omvärlden, tvärs över verksamheter, avdelningar och till olika yrkesgrupper på skilda nivåer inom sjukhuset. Detta för att lyssna av, känna in och kunna påverka. Liknelsen fångar väl in vad de övriga respondenterna ger uttryck för. Förutom att ha många ”tentakler” måste man även kunna ha ”flera bollar i luften”, det vill säga ha förmågan att kunna fokusera på flera olika uppgifter samtidigt.

Det som är värt att notera är att verksamhetsutvecklarna, innan de fick sin nuvarande titel, ofta har haft en roll där de arbetat med att driva patientsäkerhetsfrågor och ansvarat för kvalitetsutveckling på olika sätt. Många lyfter fram att de länge har tyckt att utvecklingsarbete är roligt, och att de har haft en förmåga att identifiera förbättringsområden redan då de arbetade operativt. Sedermera blev en del av dessa eldsjälar erbjudna att söka den nya tjänsten som verksamhetsutvecklare.

4.2.3 Verksamhetsutvecklarfunktionen och rollen

År 2011 skedde en omorganisation där kvalitetsorganisationen fick en tydlig organisatorisk struktur, vilken kan kopplas ihop med den nya Patientsäkerhetslagen. Flera av dem uttrycker att den funktion de fick då, att arbeta som verksamhetsutvecklare med patientsäkerhet på heltid eller sin huvudsakliga arbetstid för dem som arbetar operativt i mindre utsträckning fortfarande, har inneburit en del uppgifter de inte riktigt räknat med utifrån sin roll. Papperskorg och slasktratt samt klagomur beskriver några av dem sin funktion som. En del pekar på att de tilldelats uppdrag som känns mindre meningsfulla utifrån sitt patientsäkerhetsperspektiv, och att många arbetsuppgifter verkar distraherande samt tidsslukande:

”Men det har hamnat på mitt bord... det kan jag väl inte egentligen se är av nytta.” (respondent 6).

”Och det är ju bara ett uppdrag som så att säga 'då får du ta det', och... hallå liksom!” (respondent 3).

Flera av dem menar att det strategiska patientsäkerhetsarbetet blir lidande av dessa ”småuppgifter”, och att det finns en önskan om att sålla bort dessa för att de ska kunna driva utvecklingen av patientsäkerheten mer fokuserat. En verksamhetsutvecklare menar att det strategiska perspektivet ges utrymme, men detta är ofta allt för kortsiktigt. Övrig personal på sjukhuset och själva verksamhetsutvecklarna kan finna verksamhetsutvecklarfunktionen ottydlig, och det råder en viss förvirring kring vad denna är till för:

”... verksamhetsutvecklare, vad är det för något? Det är inte så himla självklart, det är ett nytt ord.” (respondent 2).

4.2.4 Att göra förändringsarbete

Att göra förändringsarbete innehåller både formella och informella delar för att skapa relationer, underhålla processer samt skapa motivation.

Alla nämner möten som en viktig formell plattform, dels mellan verksamhetsutvecklarna men också i förhållande till kontakten med chefer och den operativa verksamheten. I genomsnitt menar flertalet av verksamhetsutvecklarna att det blir cirka två möten om dagen utspritt på en arbetsvecka. Mejlen är också ett viktigt kommunikationsmedel som samtliga tar upp:

”Jag börjar alltid med att läsa mina mejl. Får väldigt mycket mejl.” (respondent 6).

Information i olika avvikelssystem, som MedControl Pro, kvalitetssystem och rapporter kan ligga till grund för diskussioner med olika aktörer och många framhåller behovet av att förankra förändringsarbetet genom att visa ”fakta på papper”. Detta kan skapa motivation hos den operativa personalen att vilja göra förändringar ute i verksamheterna. Det inte finns några direkta riktlinjer för hur kommunikationen ska ske eller relationer byggas upp. Många talar om att de brukar gå till avdelningarna för att få kontakt med den operativa personalen:

”Det som händer då jag går till en avdelning är att 'Just det, där är du! Jag har en fråga' (Skratt). Jag lovar, om jag hade tagit ett varv nu skulle jag få jättemycket att göra.” (respondent 7).

Många berättar även att de har en daglig kontakt med sin verksamhetschef och att de har sina arbetsrum nära varandra. Att ha ett nära samarbete med sin verksamhetschef är nödvändigt för att kunna göra förändringsarbete.

Verksamhetsutvecklare i olika grupperingar utbyter erfarenheter och idéer av patientsäkerhetsarbetet, och stöttar varandra exempelvis då de går ut och äter lunch ihop. En verksamhetsutvecklare berättar även att de på hens område har infört lunchseminarier på temat patientsäkerhet. Några verksamhetsutvecklare berättar om fikapausen som ett sätt att skapa kontakt med andra i verksamheten:

”... jag tycker ju om det, oavsett kategori kommer in, sätter sig tar en fika och pratar, eller 'har ni hört detta' eller 'det här är inte bra' eller så...” (respondent 3).

”Jag lägger ganska mycket tid på att bara fika på en avdelning, för att sitta i ett fikarum, bara att snacka lite över kopp kaffe i tjugo minuter. Jag har tio nya upplägg när jag går där ifrån, man får inte förakta det där sociala att känna sin verksamhet. Vara ute i den, vara synlig. För det handlar om att få tillit och skapa den.”
(respondent 5).

Verksamhetsutvecklarna berättar även om olika aktiviteter de anordnar, exempelvis i samband med att projekt avslutas. En verksamhetsutvecklare talar om workshops, och en annan återger hur hen ordnade ett öppet hus för all vårdpersonal, där de i olika stationer fick göra tester för att leva sig in i patientens situation. De hade även ett quiz på temat patientsäkerhet, och en idétavla där avdelningar tävlade i att komma på så många förbättringsförslag som möjligt. En verksamhetsutvecklare betonar vikten av lekar och samarbetsövningar, och hen återger hur de hade byggt ett ballongtorn en dag på en avdelning. Poängen med leken var bland annat att kunna läsa av personalen, menar hen, för att veta hur man ska samarbeta med dem beroende på vilka de är och vilka yrkeskategorier de tillhör:

”... utmaningen är att... hitta olikheterna och kunna bemöta dem på olika sätt, att ha en väldigt stor verktygslåda – för det som funkar med dig, det funkar inte med dig.” (respondent 6).

Att göra förändringsarbete innebär att det inte alltid finns en tydlig början och slut på de åtgärder som initieras. Verksamhetsutvecklarna påpekar att de måste se till att processer förs

framåt för att inte rinna ut i sanden och att personal faller tillbaka i gamla invanda rutiner samt arbetssätt:

*”Ja hela tiden underhålla, underhålla, underhålla processer. / ... /
Så att det är mycket mer följa upp och följa upp och så än jag
kanske hade trott.”* (respondent 4).

Viktiga informationskanaler för att kunna genomföra förändringsarbete är även patientsäkerhetsblad, vilka går ut till avdelningar, den gemensamma hemsidan och utbildningar i patientsäkerhetsarbete vilka verksamhetsutvecklarna håller i.

4.2.5 Avskildhet och avgränsning

Verksamhetsutvecklarna poängterar att de har ett utbyte av varandra, men de ger även uttryck för en tendens att skapa gränser gentemot varandra utifrån vilka verksamheter de arbetar i. De berättar om mötena där flera verksamhetsutvecklare träffas på området eller över hela sjukhuset och att man inte har så mycket gemensamt eftersom att man har olika fokus.

*”Det är ungefär som när några pratar franska och några andra
engelska eller finska, så det är svårt att förstå varandra. / ... / Jag tror
ju [verksamheter som behandlar liknade patientgrupper] skulle ha mer
nytta av att vara för sig”* (respondent 3).

Några förklarar att man är så tätt knuten till verksamheten där man arbetar, och därför kan det vara svårt att finna gemensamma beröringspunkter:

*”Man är nog mer bunden av verksamheten än som att man är
verksamhetsutvecklare, det tror jag absolut. / ... / det är inte alltid
så lätt att bara ’jaha ni gör så, då kan jag också göra så’, vi gör lite
olika”* (respondent 7)

Ovan nämnda respondent ger även uttryck för att hen har svårt att se hur de som verksamhetsutvecklare skulle kunna ha mer utbyte av varandra, då de uttrycker en upplevelse av att de har olika arbetsuppgifter och arbetar i skilda verksamheter. Flera av respondenterna talar också om sina verksamheter som unika och speciella, och återger verksamhetens patientsäkerhetsarbete som lite annorlunda. Samtidigt framhåller flera av dem under

intervjuerna att de uppskattar att ha kontakt med andra verksamhetsutvecklare, även om de arbetar i verksamheter på sjukhuset som skiljer sig åt vad det gäller behandling av patienten. Då framlyfts olikheterna mellan verksamhetsutvecklarna som berikande. Ofta är även samarbete dem emellan nödvändigt, poängterar flera av dem, eftersom att patienter förflyttas mellan olika verksamheter och man är beroende av varandra för att få en helhetsbild av patientsäkerhetsarbetet. En verksamhetsutvecklare framhåller dock:

”Vi ser olika saker och där har en jättenytta av varandra, men vi måste hitta ett forum för vi äts upp i vår egen värld.” (respondent 5).

Hen ger uttryck för att det behöver skapas ett fungerande forum för samtliga verksamhetsutvecklare, då de formella sjukhusövergripande träffarna och mötena på området inte räcker till.

4.2.6 Definitionen av patientsäkerhet

Verksamhetsutvecklarna definierar patientsäkerhet, det som deras uppdrag kretsar kring, olika. Då vi frågade om det finns några tydliga riktlinjer för patientsäkerhetsbegreppet innebär de flesta att det gör det. Bland annat Socialstyrelsen, VG-regionen, Patientsäkerhetslagen och WHO tillhandahåller riktlinjer som hjälper dem ringa in vad som menas med patientsäkerhet. Två respondenter menar dock att de som verksamhetsutvecklare, då de ses gemensamt på området eller övergripande över sjukhuset, sällan talar om patientsäkerhet och vad detta handlar om egentligen:

”... vi hade ett sådant där stort arbete på Sahlgrenska som handlar om värdegrund, och i det så pratade vi just om ordet patientsäkerhet, och det visade sig att det betyder väldigt olika saker...” (respondent 1).

”... vi pratar aldrig om att vi pratar om patientsäkerhet (skratt)”
(respondent 7).

Det som ligger bakom dessa skiftande definitioner av patientsäkerhet verkar ha sin upprinnelse i att man tolkar innebörden av vårdskada olika, och att det är väldigt vagt vad som ryms inom detta begrepp:

”... om man säger patientsäkerhet så säger man samtidigt att det finns vårdskador. Och vårdskador är ju någonting... där börjar det

bli mer lurigt vad det är för något, om det är något som orsakar lidande eller någon fysisk eller psykisk påverkan på en person som hade kunnat undvikas / ... / Då är ju miljö patientsäkerhet också. / ... / Hur vi kommunicerar, hur vi... vad vi har för attityder, vad vi har för... det blir stort.” (respondent 7).

Det framlyfts även att patientsäkerhet är en del av begreppet kvalitet inom hälso- och sjukvården, och hur dessa begrepp förhåller sig tillvarandra samt var gränsen går dem emellan är heller inte helt tydligt.

4.2.7 Styrning

Kvalitetsorganisationen, i vilken verksamhetsutvecklarna ingår, är en stödjande funktion till linjeorganisationen. I sin uppbyggnad är kvalitetsorganisationen en spegling av linjeorganisationen med hierarkiska nivåer. Kommunikationen rör sig upp och ner i de båda organisationerna, och korsar olika nivåer dem emellan:

”Frågorna går ju upp och ner i båda parallella stuprören och de bryggs över vid till exempel verksamhetschefsnivå-verksamhetsutvecklarnivå.” (respondent 5).

Uppdrag till verksamhetsutvecklarna, vad de ska fokusera på, kommer från högre nivåer i kvalitetsorganisationen. Exakt hur verksamhetsutvecklarna ska utföra uppdragen specificeras dock inte, utan häri finns en betydlig frihet. Utvecklingscheferna i kvalitetsorganisationen är stöd för områdescheferna i linjeorganisationen gällande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor, och verksamhetsutvecklarna är inte underordnade utvecklingscheferna. Verksamhetscheferna i linjeorganisationen är verksamhetsutvecklarnas chefer, och bestämmer vad som ska genomföras av det som kommer från kvalitetsorganisationen:

”... min verksamhetschef är min chef! Vilket också ställer till lite bekymmer i... Det kommer en fråga från SU ner till området och ner till mig. Samtidigt kommer den i linjen från vår direktör till vår områdeschef, till min verksamhetschef och så förhoppningsvis har vi samma bild (skratt) när vi pratas vid.” (respondent 5).

”Hon [verksamhetschefen] och jag har många diskussioner om att sortera ut vad som är vad, där är det väldigt tydligt i linjeorganisationen, där är jag direkt styrd. / ... / Så när det kommer i kvalitetsorganisationen saker till mig så bearbetar vi det och ser vad det är vi ska göra med det. / ... / det gör att jag kan utföra mitt jobb kan man säga.” (respondent 7).

Samtliga verksamhetsutvecklare påtalar att man därför är beroende av ett gott samarbete med verksamhetschefen samt verksamhetens ledningsgrupp:

”... det är en svår... svårt uppdrag i det att det handlar om vilket förtroende eller inflytande och relation man har till verksamhetschefen och linjeorganisationen.” (respondent 3).

”... det som är viktigt när man jobbar med utveckling är att man har verksamhetschefens stöd och att man är med i en ledningsgrupp som stöttar utvecklingsarbetet.” (respondent 1).

Hur verksamhetsutvecklarna arbetar avgörs till stor del av verksamhetschefen och verksamhetens behov. Många påtalar att de har sina arbetsrum nära verksamhetschefen och att de ofta samtalar med varandra, och chefen hjälper dem sortera ut vad som ska göras. Verksamhetschefen fungerar därmed som ett slags filter för verksamhetsutvecklarnas påverkan av linjeorganisationen. Linjeorganisationen har större påverkan än kvalitetsorganisationen vad det gäller styrningen av verksamhetsutvecklarna, och om prioriteringar behöver göras är det linjeorganisationen som avgör detta:

”... så är det ju linjens prioriteringar som går först.” (respondent 6).

Att linjeorganisationens prioriteringar går före beror i alla fall delvis på att det är där det ekonomiska ansvaret finns:

”... jag har ju inte hand om kassan (skratt).” (respondent 7).

”... ekonomi då... jag kan ha en annan värdering än verksamhetscheferna när det gäller vissa saker, vad det gäller patientsäkerhet skulle det ju kunna gå att högre prioritet, än att utveckla förfinade metoder för de som är mer mottagliga för behandling på något sätt (skratt).” (respondent 3).

Verksamhetsutvecklarna beskriver att Sahlgrenska Universitetssjukhuset är en toppstyrd organisation. Detta kommer till uttryck i kvalitetsorganisationen genom bland annat att de möten verksamhetsutvecklarna har med utvecklingschefen är av informativ karaktär. Sällan finns tid för att dela erfarenheter och att ha strategiska diskussioner mellan verksamhetsutvecklarna, dock finns en tydlig önskan om just detta:

”Och de mötena kan ibland ha en tendens till att bli lite väl informativa, att kvalitetschefen sitter och berättar saker som kommer från funktionsgruppen för kvalitet ovanifrån. Även om vi bestämmer att vi ska göra det lite mer som arbetsmöten...” (respondent 4).

En verksamhetsutvecklare påtalar även att det saknas sanktioner om operativ personal inte följer det som bestämts av verksamhetsutvecklarna och kvalitetsorganisationen:

”Och inga sanktioner om man inte gör det man ska heller riktigt / ... / Det kan exempelvis bestämmas att vi ska ha vissa mallar till vissa saker och så helt plötsligt så... gör någon något helt annat och så, det tycker jag är lite tråkigt.” (respondent 2).

Verksamhetsutvecklarna ger genomgående uttryck för att de ska rapportera in resultatet av mätningar och förbättringsåtgärder till kvalitetsorganisationen. Man använder även ”fakta på papper” och siffror som underlag för diskussioner i verksamhetens olika nivåer, som till exempel i verksamhetens ledningsgrupp eller ute på enheter:

”Vi gör många förbättringsarbeten utan att vi märker det, och så kanske vi kommer på att ’just det vi kanske ska formulera oss och

säga vad vi gör egentligen' / ... / det är ofta det de vill att man ska rapportera in" (respondent 7).

"Men det är ju inte så att jag säger att 'nu behöver ni göra det här', utan bara visa resultat så får de själva tänka att de inte vill ha det så (skratt)." (respondent 7).

Viktigt är även att ha ett gott samarbete med läkarna, då de är en stark yrkesgrupp inom sjukhuset. De beskriver att man behöver få med sig i förändringsarbetet särskilt de ansvariga läkarna, som till exempel processansvarig läkare och verksamhetsöverläkare.

"Vi har den medicinska expertisen och läkargruppen med oss. För vi kan ju inte hitta på med undersköterskor och sjuksköterskor..." (respondent 5).

En respondent påtalar även att graden av motstånd från den operativa personalen gentemot förändringsarbete i viss mån hänger ihop med deras positionering i specialiseringshierarkin, där läkarna har mer att säga till om.

I linjeorganisationen har verksamhetsutvecklarna inget eget mandat att fatta beslut som påverkar linjeorganisationen i större utsträckning, varken gentemot chefer eller operativ personal:

"... jag känner inte att jag kan fatta beslut, jag måste alltid förankra. Och det har jag, konstigt att du ställer frågan, för det har stört mig lite det sista. För att jag känner mig lite för bakbunden." (respondent 7).

"Jag kan påverka andra att fatta kloka beslut, men jag har inget beslutsmandat, nej!" (respondent 6).

De flesta av verksamhetsutvecklarna ger ändå uttryck för att de kan påverka verksamheterna

trots att de saknar formellt beslutsmandat. De är en del av verksamheternas ledningsgrupper där de har möjlighet att uttrycka åsikter och förankra förändringsarbetena.

4.2.8 Att skapa legitimitet

Alla verksamhetsutvecklare utom en uppger att de har en grundprofession inom den verksamhet de arbetar, samt även att de har arbetat flera år inom den operativa verksamheten på sjukhuset. Ingen av dem är läkare. Ett par verksamhetsutvecklare har även valt att fortsätta arbeta med de tidigare arbetsuppgifterna i mindre utsträckning, och en av verksamhetsutvecklarna motiverar detta val på följande sätt:

”... det är viktigt att jag förankrar det i verkligheten, det blir så väldigt administrativt så det känns jätteviktigt. Jag har fått x antal olika erbjudanden om att jobba heltid med detta men då blir man... Jag vill inte bli en sådan pappersskötare ...” (Respondent 2).

Många lyfter fram grundprofessionen som en nödvändighet för att erhålla legitimitet, från dem som arbetar operativt, att kunna påverka verksamheten. Annars blir det svårt att genomdriva förändringsarbete utifrån patientsäkerhet menar de:

”... Min roll som sjuksköterska inom mig har haft jättestor betydelse för att jag ska kunna jobba med patientsäkerhet. Och jag tycker att det är lättare att säga att jag är sjuksköterska, det måste alltid med då jag ska jobba med mina medarbetare med patientsäkerhet. För då är det mer accepterat att jag lägger mig i (skratt).” (respondent 7).

En av verksamhetsutvecklarna saknar erfarenhet av att arbeta operativt i vården. Hen menar dock att detta inte har varit något hinder i arbetet som verksamhetsutvecklare i relationen gentemot den operativa personalen och ombuden. Dock påpekas att:

”Det är det svåraste / ... / att försöka motivera varför vi ska förändra saker och att få med sig chefer som kanske har jobbat jättelänge inom samma verksamhet.” (respondent 6).

I förhållande till cheferna har verksamhetsutvecklaren stött på motstånd emellanåt.

Alla verksamhetsutvecklare har gått flera utbildningar inom administration, industriell verksamhetsutveckling samt projektlederi, och flera av dem har haft chefstjänster eller uppdrag att leda arbetsgrupper innan nuvarande uppdrag:

”Jag har två projektledarutbildningar.” (respondent 1).

”... kvalitetsdriven verksamhetsutveckling via Chalmers.”
(respondent 4).

Flertalet respondenter betonar att legitimitet för sin funktion och roll inte automatiskt följer med verksamhetsutvecklartiteln:

”... att positionera sig inom verksamheten så att man skapar en trovärdighet och det tar en tid att bygga upp det. / ... / Här så måste man förtjäna det på ett annat sätt, så det gäller att jobba upp sin funktion och sin identitet.” (respondent 6).

”Du förärrar ju ett mandat, det tar några år innan du får det.”
(respondent 2).

5. Analys

5.1 Verksamhetsutvecklarna i förhållande till sjukhusets fyra världar

Verksamhetsutvecklarfunktionen kan utifrån Glouberman och Mintzbergs (2001) teori främst kunna tänkas tillhöra domänen *kontroll*. Verksamhetsutvecklarna sitter med i verksamhetens ledningsgrupp, samt har ett helhetsperspektiv på verksamheten och organisationen.

Verksamhetsutvecklarna beskriver också att de måste ha en viss distans till verksamheten för att kunna kritiskt analysera denna, vilket stämmer väl överens med kontrolldomänens kännetecken. Glouberman och Mintzberg (2001) menar att kontrolldomänen kan påverka samt styra bota- och omvårdnadsdomänen genom att kontrollera resurser.

Verksamhetsutvecklarna har dock inte kontroll över ekonomiska resurser, men använder statistik och fakta för att visa på effektivitet eller bristande effektivitet.

Verksamhetsutvecklarna arbetar med uppgifter från avvikelsesystem, kvalitetssystem samt handlingsplaner och med hjälp av dessa påverkar de den operativa personalen. Uppgifterna används både för att motivera till ett förändringsarbete i domänerna bota samt omvårdnad, men även för att påverka dem som kontrollerar de ekonomiska resurserna i kontrolldomänen.

Verksamhetsutvecklarnas agerande sker utifrån tre av de riktningar Glouberman och Mintzberg (2001) återger: *ner*, *upp* och *in*. De agerar *ner* i den kliniska verksamheten på så sätt de ska utgå från ett tydligt patientsäkerhetsperspektiv och kunna identifiera områden som behöver förbättras och genomsyra behandlingen av patienten. Ett nära samarbete med den operativa personalen är av betydelse, då förändringsarbetet ska ske tillsammans med dem. På så sätt har de ett närmare samarbete med domänerna bota samt omvårdnad än vad som kan förväntas av en funktion tillhörande domänen kontroll. De agerar *upp* ur organisationen på så sätt att de måste förhålla sig till samt hålla sig uppdaterade med dem som kontrollerar eller finansierar sjukvården. Förväntningar finns på verksamhetsutvecklaren att hålla sig uppdaterade med bland annat riktlinjer från socialstyrelsen, gällande patientsäkerhet och hur det proaktiva arbetet ska genomföras, och även Västra Götalandsregionens samt Sveriges kommuner och landstings riktlinjer och styrdokument. Helhetsperspektivet på de processer inom organisationen som är kopplade till patientsäkerhet, som verksamhetsutvecklarna har, innebär att de även verkar *in* i organisationen mot enheter och personer som befinner sig inom dess kontroll.

Alla verksamhetsutvecklare (förutom en) har tidigare arbetat operativt inom hälso- och sjukvården, vilket innebär att de har befunnit sig i en annan domän än kontrolldomänen från

början. Den domän de flesta av dem tidigare har tillhört är omvårdnadsdomänen. Enligt Glouberman och Mintzberg (2001) förhåller sig omvårdnadsdomänen till kontrolldomänen, på så sätt att de befinner sig på samma sida av den vertikala delningen av sjukhussystemet och då är nära kopplad till organisationens formella hierarki. Vidare koordinerar till exempel sjuksköterskor arbetsflöden och sammantaget är det därför inte helt överraskande att de flesta av verksamhetsutvecklarna har en bakgrund i omvårdnadsdomänen. Den horisontella delningen innebär att domänerna omvårdnad och bota har en naturlig koalition, då båda arbetar med att behandla patienten. Flera verksamhetsutvecklare arbetar fortfarande operativt, de befinner sig med andra ord två domäner (kontroll och omvårdnad) och då skapas en möjlighet för kontrolldomänen, genom omvårdnadsdomänen, att bilda koalition med botadomänen.

5.2 Verksamhetsutvecklarna och handlingsnätverk

Verksamhetsutvecklarna är aktiva i flera olika handlingsnätverk beroende på om de driver förändringsarbete i verksamheten eller om de ansvarar för projekt som sträcker sig över flera verksamheter och ytterligare i kvalitetsorganisationen främst på områdesnivå, men även sjukhusövergripande.

Det övergripande målet i verksamhetsutvecklarnas olika handlingsnätverk är patientsäkerhet och det framkommer att det huvudsakliga gränsobjektet är patienten i de olika handlingsnätverken. Men det är inte patienten som helhet utan det finns ett fokus på patienten som är sammankopplat med den verksamhet (till exempel beroende, gynekologi, kirurgi, geriatrik) som verksamhetsutvecklarna tillhör. Det vill säga den patientgrupp och de eventuella vårdskador som kan drabba dem blir det huvudsakliga gränsobjektet. I handlingsnätverk inom verksamheten eller mellan verksamheter i specifika projekt finns därmed en klarhet i vad som är det huvudsakliga gränsobjektet, och därför kan gränser överbryggas genom att handlingar kopplas samman för att uppnå målet patientsäkerhet.

Vi kan se att då verksamhetsutvecklarna samlas i kvalitetsorganisationen har de även det gemensamma målet patientsäkerhet. Verksamhetsutvecklarna har dock i detta handlingsnätverk inte samma huvudsakliga gränsobjekt, då de har olika fokus på patienten och därmed olika vårdskador, som grundar sig i de olika verksamheter de arbetar i. Detta framkommer genom att verksamhetsutvecklarna ger uttryck för att de talar olika språk och att de inte har så mycket utbyte av varandra. Verksamhetsutvecklarna berättar även att de önskar att de kunde träffas i mindre grupper, med liknande verksamheter och patientgrupper. Det

hade varit mer fruktbart för dem i patientsäkerhetsarbetet. Detta tolkar vi som att i de önskade mindre grupperna finns ett tydligt huvudsakligt gränsobjekt, vilket Linberg och Czarniawska (2006) menar möjliggör en kollektiv bas i handlingsnätverket.

De tillkommande gränsobjekt som kan identifieras är rapporter och uppgifter ur avvikelse- och kvalitetssystem, alltså ”fakta på papper”. Dessa används på möten och för att motivera personal till att något behöver göras utifrån patientsäkerhetssynpunkt, och är kopplade till det huvudsakliga gränsobjektet. ”Fakta på papper” har verksamhetsutvecklarna gemensam tillgång till genom att kvalitetsorganisationen bistår med dessa uppgifter. Andra artefakter som fungerar som tillkommande gränsobjekt är bland annat patientsäkerhetsblad och idétavla.

Verksamhetsutvecklarna använder sig av olika gränsprocedurer för att stabilisera handlingsnätverken. Formella möten är den mest framträdande gränsproceduren, vilken sker på flera olika nivåer samt med flera olika aktörer i linje- och kvalitetsorganisationen. Även kontakt via mejl är en betydande gränsprocedur. Fikan på avdelningarna lyfts fram som en annan central aktivitet, vilken sker inom verksamheten mellan verksamhetsutvecklaren och den operativa personalen. Fikapausen blir en naturlig möjlighet ta del av det dagliga arbetet i den operativa verksamheten, så kallad story telling. Luncher där verksamhetsutvecklarna möts och utbyter erfarenheter samt idéer av hur de arbetar med patientsäkerhet framhålls också som viktig. Dessa två gränsprocedurer är av informell karaktär. Lunchseminarierna med tema patientsäkerhet är av mer formell art vilka verksamheterna turas om att organisera. Det sker en mängd olika aktiviteter som är kopplade till specifika teman inom patientsäkerhet, ofta i samband med projekt, som exempel workshops, quiz samt samarbetsövningar. En viktig del av verksamhetsutvecklarnas arbete är även att utbilda operativ personal i patientsäkerhet.

Gränsobjekt och gränsprocedurer ger förutsättningar för att kopplingar ska kunna skapas mellan aktörer (Lинberg & Czarniawska, 2006, Linberg, 2002, Star & Griesemer 1989).

Kognitiva kopplingar genereras främst genom gränsproceduren formella möten samt tillkommande gränsobjekt som rapporter, statistik och uppgifter ur kvalitetssystem – det vill säga ”fakta på papper”. På möten i kvalitetsorganisationen samt linjeorganisationen delges information om mål och vad man ska fokusera på utifrån patientsäkerhet.

Verksamhetsutvecklarna utbildar även operativ personal i patientsäkerhet och att förebygga vårdskador. *Emotionella kopplingar* skapas genom direkt kontakt samt interaktion (Lинberg & Czarniawska, 2006) mellan verksamhetsutvecklare och personal och verksamhetsutvecklarna lägger mycket tid på detta. Fikapausen är en viktig gränsprocedur för att denna koppling ska

kunna formas, och genom denna stärks lojaliteten gent emot varandra men även patienten. Verksamhetsutvecklarna berättar att de i förändringsarbetet möter mycket motstånd och att de måste aktivt arbeta för att överbrygga detta, vilket kan ske genom interaktion – ”ansikte mot ansikte” vid bland annat samarbetsövningar, luncher, quiz etc. *Mimetiska kopplingar* innebär att lära sig av varandra samt uppleva varandras sätt att arbeta mot målet patientsäkerhet (Lindberg & Czarniawska, 2006). Verksamhetsutvecklarna ska ha ”ett öra mot yttervärlden” och går bland annat på studiebesök hos andra verksamhetsutvecklare. De talar om detta som att ”fylla på verktygslådan” för att kunna driva förändringsarbete strategiskt, men även för att kunna genomföra patientsäkerhetsarbete. På luncherna utbyter verksamhetsutvecklarna även erfarenheter, idéer samt coachar varandra. Då verksamhetsutvecklare kopplar sig samman för att driva gemensamma projekt, sammanförs personal från olika verksamheter och får därmed uppleva samt lära sig av varandras sätt att arbeta med patientsäkerhet.

Verksamhetsutvecklarna framhäver att de inte har ett givet mandat att påverka det operativa arbetet i linjeorganisationen, men de kan bygga upp ett mandat baserat på förtroende för att på så sätt kunna påverka verksamheterna. Verksamhetsutvecklarna menar att förtroendet tar tid att skapa samt att det kräver en aktiv insats från deras sida.

Sammanfattningsvis bidrar verksamhetsutvecklarnas agerande i handlingsnätverken till att kognitiva, emotionella samt mimetiska kopplingar skapas. Därigenom får också verksamhetsutvecklarna en identitet som möjliggör en positionering i sjukhussystemet.

5.3 Diskussion

Verksamhetsutvecklarna har en formell positionering i kontrolldomänen, men agerar i nätverk för att kunna genomföra förändringsarbetet med patientsäkerhet i andra domäner. Vi har valt att tolka verksamhetsutvecklarfunktionen som de uppdrag tjänsten rymmer: att vara ett stöd till verksamhetschefen i linjeorganisationen, att vara projektledare samt att hålla sig uppdaterad vad det gäller patientsäkerhet och metoder för förändringsarbete.

Verksamhetsutvecklarrollen rymmer den kommunikativa och sociala förmågan, att kunna ha många olika fokus och identifiera förbättringsområden. Verksamhetsutvecklarrollen, som vi tolkar den, är viktig i själva görandet av förändringsarbetet och de gränsprocedurer detta innefattar. Många av dessa gränsprocedurer är informella och inte synliga i verksamhetsutvecklarfunktionen, vilket kan vara en anledning till att den i viss mån används som ”slasktratt”: de får olika uppgifter av formell karaktär för att ”fylla ut ” funktionen.

Samtliga verksamhetsutvecklare uttrycker att dessa uppgifter tar tid från att driva patientsäkerhetsarbetet och det verkar vara en otydlighet mellan funktionen samt rollen.

Vår empiri visar att den horisontella styrning är svag i förhållande till den vertikala styrningen och det är linjeorganisationens prioriteringar som har företräde framför kvalitetsorganisationen. Detta är inte överraskande med tanke på att Kastberg och Siverbo (2013) visar på att den horisontella styrningen är svagare än den vertikala.

Linjeorganisationens styrning är kopplad till ekonomi, medan den horisontella styrningen handlar om att skapa diskussion mellan olika aktörer. Detta framkommer även i vår studie där verksamhetsutvecklarna framhåller att ”fakta på papper” ligger till grund för diskussion. Ett annat sätt att tolka kvalitetsorganisationens svaga styrning i förhållande till linjeorganisationen är att det inte finns ett gemensamt huvudsakligt gränsobjekt. Då blir det svårt att avgränsa vad kvalitetsorganisationen och då också verksamhetsutvecklarna ska fokusera på, vilket kanske kan behövas eftersom att patientsäkerhet är ett kvalitetsområde med många olika delar. En förklaring till att verksamhetsutvecklarna inte har ett gemensamt huvudsakligt gränsobjekt är att de är förankrade i de verksamhetsområden de arbetar inom. Verksamhetsområdets patientgrupp och vårdskador blir i fokus för varje verksamhetsutvecklare då de möts gemensamt inom kvalitetsorganisationen. Alltså anpassar sig kvalitetsorganisationen och utvecklingsarbetet utifrån den funktionsindelning som finns inom linjeorganisationen, vilket Ferlie och McNulty (2004) belyser att så blir ofta fallet med förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården.

För att förändring ska kunna ske på sjukhuset måste dess olika världar, eller domäner, föras samman genom en gemensam kultur menar Glouberman och Mintzberg (2001). Lindberg och Czarniawska (2006) belyser att det behövs ett tydligt huvudsakligt gränsobjekt vilken ger en gemensam grund för handlingar. Patientsäkerhetskultur, som är en del av patientsäkerhetsarbetet, skulle förslagsvis kunna utgöra det huvudsakliga gränsobjektet i kvalitetsorganisationen. På så sätt skulle verksamhetsutvecklarna få ett tydligare gemensamt fokus och en grund för förändringsarbetet som kan leda till att kvalitetsorganisationens påverkan på linjeorganisationen blir starkare. Förutsättningar kan då också ges för forandet av en gemensam kultur som genomsyrar sjukhuset alla områden, verksamheter och professioner.

Frågan är om styrningen bör vara starkare från kvalitetsorganisationen. Om så vore fallet skulle detta kunna utmana etablerade strukturer hos olika yrkesdomäner på ett sätt som skapar

konflikter mellan kvalitetsorganisationen samt linjeorganisationen. Lindberg och Czarniawska (2006) menar just att de lösa kopplingarna kan vara mer gynnsamma för att skapa ömsesidigt beroende samt förståelse då aktörer ska arbeta mot ett gemensamt mål.

Verksamhetsutvecklarna uttrycker även att de kan påverka verksamheten, vilket kan betyda att handlingar översätts successivt utifrån målet om patientsäkerhet i verksamhetsområdena. Hade verksamhetsutvecklarna haft ett tydligare beslutsmandat samt starkare styrning bakom sitt agerande från kvalitetsorganisationen kanske de inte betonat vikten av att vara kommunikativ, social samt ha en förmåga att röra sig över gränser – det som ryms inom verksamhetsutvecklarrollen.

6. Slutsats

Syftet med studien var att beskriva och förklara verksamhetsutvecklarens roll och funktion på sjukhus, med fokus på kopplingar över gränser, i förändringsarbetet vad gäller patientsäkerhet. Detta utifrån att verksamhetsutvecklarfunktionen kan ses som ett sätt att garantera kvalitet, i form av patientsäkerhet, och bidra till förbättring av en sjukhusets verksamhet i sin helhet.

I studien har vi identifierat en otydlighet vad gäller verksamhetsutvecklarrollen och funktionen samt en otydlighet i kvalitetsorganisationen. Det finns tydliga uppdrag i funktionen – bland annat att vara ett stöd till verksamhetschefen och att vara projektledare, men hur dessa uppdrag ska genomföras ligger mer i rollen. Verksamhetsutvecklarrollen innebär att vara kommunikativ, att ha en förmåga att ”känna av och känna in”, att ha en förmåga att fokusera på flera uppgifter av skilda slag samtidigt. Vissa viktiga aspekter för att kunna driva ett förändringsarbete måste verksamhetsutvecklarna skapa utrymme för informellt och blir då inte synliga i funktionen. Därför finns en eventuell risk att konkreta uppgifter läggs på verksamhetsutvecklarna som inte gynnar verksamhetsutveckling vad det gäller patientsäkerhet.

En gemensam kultur som genomsyrar sjukhussystemet, som Glouberman och Mintzberg (2001) påpekar att det behövs för att större förändringar ska kunna genomföras på djupet, skulle kunna tänkas vara patientsäkerhetskulturen. Patientsäkerhet är ett stort kvalitetsområde i vilken patientsäkerhetskultur är en del. Det finns en otydlighet i kvalitetsorganisationen, där vi utifrån teori om handlingsnätverk (Lindberg & Czarniawska 2006) problematiserat att verksamhetsutvecklarna inte skapat en samsyn på ett gemensamt gränsobjekt – här skulle patientsäkerhetskultur kunna vara det kvalitetsorganisationen samlas kring och skapar en större tydlighet för att påverka linjeorganisationen mer omfattande.

Slutligen vill vi peka på att verksamhetsutvecklare möjliggör förändringsarbete över de gränser mellan professioner, verksamheter och enheter som finns inom sjukhuset. Hur genomgripande förändringarna är kan vi dock inte svara på.

Då vi i vår studie har intervjuat verksamhetsutvecklare från två områden på Sahlgrenska universitetssjukhus, finns det en möjlighet att vi hade fått ett annat resultat om vi intervjuat verksamhetsutvecklare från samtliga sex områden. Å andra sidan har vi haft verksamhetsutvecklare från sju olika verksamhetsområden och på sätt har vi fått en bredd i

studien. Sahlgrenska universitetssjukhuset är en omfattande organisation och det är osäkert hur överförbart resultatet är på samtliga av sjukhusets områden, men också till andra sjukhus. Respondenternas svar från de två områden som studien täcker visar dock tydliga gemensamma mönster.

Förslag på fortsatt forskning är att förklara verksamhetsutvecklarrollen samt funktionen utifrån de som använder sig av stödfunktionen samt att kartlägga huruvida när och om det är av vikt att ha en grundprofession inom hälso- och sjukvården för att kunna påverka ur ett förändrings/utvecklingsperspektiv och i förhållande till vilka domäner.

Referenser

Artiklar

Bryman, A, Bresnen, M, Bredsworth, A & Keil, T (1988) Qualitative research and the study of leadership. *Human Relations*, 41(1) pp. 13-31.

Bååthe, F och Norbäck L-E (2013). Engaging physicians in organisational improvement work. *Journal of Health Organization and Management*, 27(4) pp. 479-497.

Carlile, P. R (2002). A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Organization Science*, 13(4) pp. 442-455.

Chenhall, R H. (2008). Accounting for the horizontal organization: A review essay. *Accounting, Organizations and Society*, 33(4) pp. 517-550.

Glouberman, S och Mintzberg, H (2001). Managing the care of health and the cure of disease - part I: differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 56-69.

Glouberman, S och Mintzberg, H (2001). Managing the care of health and the cure of disease - part II: integration. *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 70-84.

Hood, C (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), pp. 3-19.

Kastberg, G och Siverbo, S (2013). The design and use of management accounting systems in process oriented health care – an explorative study. *Financial Accountability & Management*, 29(3), pp. 246-270.

Kurunmäki, L (2004). A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*. 29(3-4), pp. 327-347.

Lindberg, K och Czarniawska, B (2006). Knotting the action net, or organizing between organizations. *Scandinavian Journal of Management*. 22(4), pp. 292-306.

McNulty, T & Ferlie E (2004). Process transformation: Limitations to radical organizational change within public service organizations. *Organization Studies*, 25(8), pp. 1389-1412.

Star, S. L & Griesemer, J. R (1989). Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19(3), pp. 387-420.

Avhandling

Lindberg, K (2002). *Kopplandets kraft*. Om organisering mellan organisationer. Göteborg: BAS.

Internet

Internet 1

<http://www.skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematiskpatientsakerhetsarbete/patientsakerhetsberattelse.988.html> (hämtat 2014-10-18)

Internet 2

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/> (hämtat 2014-10-18)

Internet 3

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Organisation/Omraden/> (hämtat 2014-10-18)

Offentliga publikationer

Patientsäkerhetsutredningen (2008). *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (SOU 2008:117). Stockholm: Socialdepartementet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2011). *Patientsäkerhetsberättelse 2010*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2014). *Patientsäkerhetsberättelse 2013*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2013). *Verksamhetsplan och detaljbudget 2014*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Socialdepartementet (2009). *Patientsäkerhet och tillsyn* (Regeringens proposition 2009/10:210). Stockholm: Regeringskansliet.

Rapport

Czarniawska, B (2004). *On time, space, and action nets*. GRI-rapport 2004:5. Göteborg, Handelshögskolan, Gothenburg Research Institute.

Kastberg, G (2012). *Strategiska tvärfunktionella team i hälso- och sjukvården – Risk för frikoppling*. KFi-rapport nr 121. Göteborg, Kommunforskning i Västsverige.

Sveriges Kommuner och Landsting (2014) *Patientsäkerhet lönar sig. Kostnader för skador och vårdskador i slutenvård år 2013*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tryckt litteratur

Alvesson, M (2011). *Intervjuer – genomförande, tolkning och reflexivitet*. Malmö: Lieber.

Czarniawska, B (1997). *Narrating the organisation. Dramas of institutional identity*. Chicago: The University of Chicago Press.

Czarniawska, B (2008). *A theory of organizing*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Esaiasson, P, Gilljam, M, Oscarsson, M och Wängnerud L (2012). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Eriksson, N, Holgers, K-M och Müllern, T (2013). *Att utveckla vården: erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Halvorsen, K (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, L (2013). Kvalitets- och rankingssystem. I Johansson, V och Lindgren, L (red.) 2013. *Uppdrag offentlig granskning*, pp. 127-142.

Lindgren, L (2008). *Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.

Ljungberg, A och Larsson, E (2012). *Processbaserad verksamhetsutveckling. VARFÖR-VAD-HUR*. Lund: Studentlitteratur.

Intervjuguide

Yrkesidentitet

- Vad har du för utbildning?
- Vad har du arbetat med tidigare?
- Hur länge har du arbetat på Sahlgrenska sjukhuset?
- Varför valde du att söka den här tjänsten?
- Varför tror du att just du blev vald?
- Har du fortbildat dig i din roll som verksamhetsutvecklare?
- Hur skulle du beskriva din yrkesidentitet?
- Hur ser en vanlig arbetsdag ut för dig?
- Vilka av dina arbetsuppgifter tycker du är särskilt viktiga?
- Uppfattar du att det finns särskilda utmaningar i dina arbetsuppgifter?
- Finns det något som du tycker är viktigt men som inte ingår i dina arbetsuppgifter för tillfället?
- Kan du förklara lite utifrån dig själv och din tjänst

Din roll i kvalitetsorganisationen?

Din roll i linjeorganisationen?

Samarbete

- Kan du beskriva hur samarbetet ser ut mellan er verksamhetsutvecklare?

Vad tycker du är särskilt viktigt i detta samarbete?

Finns det svårigheter med detta?

Hur skulle du önska att det såg ut?

-Vilka andra samarbetar/samverkar du med?

Vad tycker du är särskilt viktigt i detta samarbete?

Svårigheter med detta?

Hur skulle du önska att det såg ut?

-Vad betyder patientsäkerhet för dig?

Upplever du att patientsäkerhet innebär samma sak för er verksamhetsutvecklare?

Kommunikation

-Hur kommunicerar ni information inom kvalitetsorganisationen?

-Hur kommunicerar ni information inom linjeorganisationen?

Påverkan

-Vad styr ditt arbete?

-Vem styr ditt arbete?

-Upplever du att du kan påverka verksamheten i den grad du skulle vilja?

Mandat

-I din position, har du möjlighet att fatta beslut?

I förhållande till kvalitetsombuden?

I förhållande till chefen?

-Vilka slags beslut är det?